

La comunicación con pacientes hispanohablantes en Estados Unidos*

Holly E. Jacobson

Universidad de Arizona
Tucson (Estados Unidos)

Estados Unidos es una sociedad cada vez más diversa, plurilingüe y multicultural, lo que obliga a los proveedores de salud a buscar nuevas estrategias para comunicarse con las diferentes poblaciones del país. Más de un 10% de la población en cinco estados –California, Nueva York, Nuevo México y Hawai– tiene «destrezas limitadas en inglés»¹. Solamente en 1992, un millón de inmigrantes y refugiados llegaron a Estados Unidos (2), y si se suma a esa cifra anual los millones de indocumentados que emigran a este país cada año, está claro que el sistema sanitario tiene un trabajo enorme por delante para poder proporcionar el cuidado necesario para todos, además de difundir mensajes de prevención y salud a los llamados LEP (*Limited English Proficient* o con una competencia lingüística limitada en inglés).

La etiqueta de LEP que se utiliza a menudo en Estados Unidos se inventó dentro de un marco que considera que los idiomas minoritarios constituyen un problema para la sociedad^{3,4}. Desde esta perspectiva, el plurilingüismo del país es un problema que necesita solución. Sin embargo, en mi opinión, la multitud de lenguas que coexisten en este país no se deben considerar como un problema sino como «recursos para administrar, preservar y desarrollar», de acuerdo con la perspectiva de Ruiz^{3,4}, ya que benefician y enriquecen a nuestras comu-

nidades. Por esa y otras razones, este artículo promociona y defiende el uso eficaz de la lengua nativa o primera lengua (L1) para comunicarse con los pacientes en los hospitales y otros contextos sanitarios. Sin embargo, el énfasis se debe más a razones pragmáticas que filosóficas: sea cual sea el nivel de dominio de una segunda lengua (L2) (que en el contexto de este artículo es el inglés), ésta siempre seguirá siendo una segunda lengua, y la gente por lo general se siente más cómoda hablando en su idioma (L1) en ámbitos como el hogar o para hablar sobre temas como la salud personal⁵⁻⁷. Es más, cuando se proporcionan servicios médicos no se pueden permitir confusiones ni que se comprometa la comunicación, y la mayoría de estudios indican claramente que una de las mayores barreras al cuidado médico es el idioma⁸⁻⁹. Pero no podemos separar el idioma de la cultura: nuestro idioma afecta nuestra cosmovisión y ésta a su vez afecta a nuestra idioma. Woloshin¹ nos ayuda a entender la importancia de la lengua en las relaciones médico-paciente: es por medio del idioma como el médico accede a las creencias que tienen sus pacientes sobre la salud y la enfermedad, lo que proporciona la oportunidad de abordar y reconciliar los diferentes sistemas de creencias. Es también a través del idioma como médicos y pacientes establecen una conexión de empatía que puede ser terapéutica en sí misma.

Aproximadamente 32 millones de personas (el 13,8% de la población) en Estados Unidos hablan una lengua distinta del inglés en sus hogares¹⁰. Aunque los argumentos que aquí se presentan para la defensa del uso de la L1 en la actividad médica y de salud son aplicables a todos aquellos para los que el inglés no es su idioma natal, nos centraremos en los que hablan español como L1 e inglés como L2. Los hispanohablantes constituyen el 54% de personas en Estados Unidos cuyo idioma nativo no es el inglés y el 78,3% de éstos dicen encontrarse más cómodos hablando español en su hogar⁸. Por su situación socioeconómica, las comunidades hispanohablantes tienen mayor riesgo de mortalidad y morbilidad, a lo que contribuye la escasa disponibilidad de servicios e información

* Reproducido con autorización de
Médico Interamericano 1999; 18:12-16
[<http://www.icps.org>]

de salud en español y, por tanto, la comunicación eficaz debería ser una de las mayores preocupaciones tanto para los proveedores de salud como para la promoción y educación de la salud. Desde el punto de vista del idioma, la preparación de material educativo/informativo en español debería constituir una prioridad en los organismos e instituciones sanitarias que atienden a comunidades hispanas a nivel local, estatal y federal. Este artículo analiza la comunicación interpersonal, o lo que se llama «la interacción cara a cara», entre el proveedor de salud y el paciente y en particular el uso de intérpretes para conseguir una comunicación eficaz. A continuación se aborda el material escrito, subrayando los niveles de alfabetización de los pacientes, el uso de traducciones y el desarrollo de materiales apropiados en español. Finalmente, se ofrece una breve discusión sobre la legislación que define las obligaciones de los proveedores de salud en relación a pacientes cuya lengua nativa no es el inglés y el acceso de éstos a cuidados sanitarios y se invita a los médicos y otros proveedores de salud a desempeñar un papel más activo para mejorar la comunicación con sus clientes.

Uso de intérpretes

En un mundo ideal los médicos hablan la misma lengua y tienen las mismas experiencias culturales que sus pacientes. Pero en la realidad hay una escasez de profesionales de la salud que hablen lenguas minoritarias y que tengan el dominio cultural suficiente para comunicarse de forma eficaz con sus clientes. Entre los hispanos el problema no tiene perspectiva de solución, ya que la proporción de estudiantes latinos en las facultades de medicina y otros programas de salud no es proporcional a la población latina, lo cual está incluso empeorando como consecuencia de la supresión de los programas de acción afirmativa en el ámbito académico. Giachello⁹ cita un análisis llevado a cabo por el Instituto Latino del Censo de 1990 de los archivos del Equal Employment Opportunity, el cual demuestra que los latinos no tienen la debida

representación en las profesiones sanitarias. El reclutamiento de personal bilingüe (con un alto nivel en español e inglés) en las profesiones sanitarias es imprescindible. Mientras no se alcance esa meta, el uso de intérpretes profesionales cuidadosamente seleccionados es la única otra opción válida, por lo que no se puede descartar.

Modelos de servicios lingüísticos más comunes

Paulson y colaboradores¹¹ identificaron nueve modelos de servicios lingüísticos que se usan con frecuencia en las instituciones sanitarias de Estados Unidos. Éstos incluyen el uso de 1) proveedores bilingües y biculturales que hablan la L1 de sus clientes y son del mismo grupo étnico; 2) personal profesional que habla la L1 de sus clientes pero «no son necesariamente competentes en cuanto a cultura»; 3) intérpretes voluntarios de plantilla de hospital (conserjes, recepcionistas, técnicos, auxiliares bilingües); 4) intérpretes voluntarios de la comunidad; 5) familiares y amigos como intérpretes; 6) servicio lingüístico telefónico; 7) intérpretes contratados; 8) agencias de interpretación y traducción; y 9) intérpretes remunerados de plantilla.

El primer modelo, como se mencionó antes, es el ideal. El segundo modelo se describe como una situación en que «se reclutan profesionales que son competentes en otra lengua (además del inglés) pero que no son necesariamente del mismo grupo étnico que los clientes LEP. Este modelo es en cierto modo parecido al modelo bilingüe/bicultural pero falta la comprensión cultural». La definición de ‘competente’ no está clara dado que la competencia lingüística está estrechamente ligada a la competencia cultural. También se debe subrayar que los profesionales sanitarios deben ser competentes en la lengua dominante (en este caso, el inglés) porque la base del sistema de cuidado sanitario lo moldean la cultura y el sistema de creencias vinculadas a ese idioma. Lo más importante no es la procedencia étnica; los términos claves son ‘bilingüe’ y ‘bicultural’.

Los dos modelos que incluyen el uso de voluntarios se deberían descartar totalmente. Por una parte, no es nada aconsejable pedir que la plantilla del hospital interprete porque supone más trabajo para empleados que ya tienen que cargar con otras responsabilidades. En segundo lugar, que un empleado hable español no significa que tenga los conocimientos de terminología médica necesarios ni dice nada sobre su capacidad como intérprete. Sería absurdo y contrario a la ética profesional pedir a un técnico o a un auxiliar que hiciera el reconocimiento físico de un paciente. De igual modo, es absurdo pedir que un secretario haga el trabajo de un intérprete profesional. Presionar a alguien para que desempeñe el papel de intérprete puede ser traumático y agobiante, e incluso puede llegar a poner en peligro el cuidado del paciente y la armonía laboral. Los intérpretes voluntarios normalmente tampoco han pasado exámenes para determinar su nivel de competencia lingüística e interpretativa y es raro que tengan una formación académica o conocimientos sobre la ética de la interpretación. Hay que añadir además que la falta de compensación económica pone en peligro el profesionalismo de los intérpretes, lo que puede resultar en una mala comunicación entre los interlocutores que puede llevar a situaciones vergonzosas o, lo que es más grave, a errores de diagnóstico y tratamiento. Hay que mencionar también que la utilización de intérpretes voluntarios hace que los proveedores de salud no asuman ni reconozcan su responsabilidad de proporcionar servicios lingüísticos competentes a sus clientes, tema que se discute más adelante en la sección de obligaciones legales.

Las razones por las que no se debe utilizar a familiares y amigos para comunicarse con los clientes, la quinta opción apuntada, son las mismas que se han mencionado relacionadas con los voluntarios. Además, el uso de familiares como intérpretes puede interferir en la dinámica familiar. Válido es el ejemplo de Goode² en relación a la costumbre ‘occidental’ de respetar siempre la autonomía del paciente y su derecho a la información, incluso si significa que hay que explicarle que se va a morir debido a la enfermedad que lo aqueja. La auto-

mía del paciente no es necesariamente un constructo cultural válido entre las comunidades latinas, lo que colocaría a un voluntario hispano en una situación muy comprometida a la hora de transmitir una información semejante al familiar enfermo. Incluso es probable que el paciente y otros familiares consideren la revelación de esa información como un acto de crueldad (este tipo de conflicto étnico merece más consideración en futuras investigaciones). Otro caso es la discusión de asuntos que el paciente pueda sentirse avergonzado de discutir delante de familiares o amigos, lo que podría llevarle a ocultar información para evitar que sea conocida por sus seres queridos, o temas que pudieran crear preocupación entre los familiares. Todos estos factores pueden producir malentendidos y falsas interpretaciones entre el paciente y el profesional de salud.

Los servicios de interpretación que se ofrecen por teléfono no se discutirán con mucha profundidad aquí. Baste mencionar que el teléfono como modo de comunicación jamás debería sustituir a la interacción cara a cara, particularmente entre latinos. Lo ideal es que la comunicación se facilite con el uso de servicios de intérpretes profesionales durante todas las jornadas o con una plantilla bilingüe/bicultural.

Los últimos tres modelos de servicio lingüístico propuestos, todos los cuales conllevan el uso de intérpretes profesionales, son las únicas opciones viables si no hay plantilla bilingüe/bicultural disponible. Pero ¿cómo seleccionar intérpretes profesionales? ¿Cuáles deben ser sus capacidades y conocimientos? En otras palabras: ¿cuáles son las características del intérprete profesional?

Características del intérprete profesional

El intérprete profesional necesita tener un gran dominio de dos idiomas o más y tener además la capacidad y preparación para anular los efectos de las diferencias lingüísticas y culturales durante la comunicación intercultural. Aquí se define «gran dominio» (*high proficiency*) como la capacidad

de usar un idioma de forma eficaz en ámbitos diversos (como la consulta entre paciente y médico), conocer la terminología (en este caso, la relacionada con contextos médicos) y usar el registro (lenguaje formal o informal) apropiado. El intérprete profesional sabe que un idioma es mucho más que vocabulario y gramática. Como se mencionó anteriormente, la competencia lingüística está estrechamente ligada a la competencia cultural y el intérprete médico debe tener amplios conocimientos sobre los sistemas de creencias y los modelos populares de enfermedad y salud¹². Es necesario comprender «no sólo lo que dicen los pacientes, sino también lo que quieren decir»². El proveedor de salud y el paciente, es decir, los interlocutores, tienen que negociar el sentido de lo que se dice y el intérprete tiene que ser consciente de ello y de la diferencia entre los sistemas de creencias nativos del proveedor y del paciente. Igualmente, es esencial que el intérprete tenga una amplia experiencia respecto a los conocimientos, expectativas y realidades culturales representados en el hecho comunicativo.

Además de experiencia con los sistemas de creencias que influyen en el discurso (diálogo) entre paciente y proveedor de salud, el intérprete necesita un entrenamiento especial en las diferencias translingüísticas, que consisten en mucho más que gramática y vocabulario. Es decir, el intérprete tiene que haber adquirido competencia interaccional. Según los estudios transculturales de Gumperz^{13,14}, la comunicación sólo ocurre si los interlocutores comparten el mismo repertorio de lo que él denominó contextualization cues (CC). Estos importantes componentes del discurso incluyen patrones entonativos, tono, expresiones faciales, gestos, pausas, duración de pausas, cuánto se habla (taciturnidad vs. locuacidad), entre muchos otros. Los CC ayudan a los interlocutores a inferir la relación social que existe entre ellos, predecir lo que vendrá después en la conversación, determinar la intención del hablante y la relación entre lo que se está diciendo y lo que ya se ha dicho. Los CC no son universales, al contrario, todas las lenguas tienen los suyos propios y, por esa

razón, pueden llevar a malentendidos y falsas interpretaciones en conversaciones entre dos personas con experiencias lingüísticas y culturales distintas. El intérprete tiene que haber adquirido los CC de las dos lenguas y estar constantemente pendiente de esas diferencias para poder transmitir la intención verdadera de un interlocutor a otro. Por ejemplo, para el médico angloparlante los patrones entonativos y de acentuación de un paciente hispanoparlante podrían parecer de tono enojado o impaciente cuando, en realidad, el que habla está explicando sus síntomas de una forma que para él es perfectamente razonable y relajada. En una situación así es responsabilidad del intérprete saber transmitir al médico la verdadera intención del paciente para evitar malentendidos. Otro ejemplo son las pausas, que se distinguen en cuanto a duración y cantidad en diferentes idiomas. En ciertos contextos en español una pausa larga puede indicar que el interlocutor está pensando cuidadosamente en lo que dijo el otro interlocutor, mientras que para un angloparlante, sin embargo, una pausa de mucha duración le puede llevar a pensar que el otro interlocutor no tiene interés, que es maleducado o que no ha entendido lo que ha dicho y hay que repetírselo. El intérprete debe saber facilitar la comunicación en esos contextos sin salir de su papel como intérprete.

Todo ello es de suma importancia en la comunicación y sólo posible con la colaboración de intérpretes profesionales. Los servicios remunerados ofrecidos por los intérpretes en hospitales, centros sanitarios y consultorios también deberían incluir la organización de talleres, con el apoyo de la plantilla, para entrenar a los médicos y otro personal en cómo utilizar de forma eficaz a los intérpretes. Durante los talleres, que deberían ser obligatorios para todo el personal, los participantes tendrían la oportunidad de aprender qué esperar durante una situación interpretada, cuál es el papel de cada persona involucrada y recibir información sobre el código de ética de los intérpretes.

Se han presentado en esta sección sólo unos ejemplos para indicar que la interpretación es un

proceso complicado que requiere conocimientos y experiencias especializados. Las características del intérprete profesional en instituciones de salud se resumen en el cuadro 1. Es necesario que se establezcan programas de formación de intérpretes especialistas en salud al igual que normas de certificación. Debido a la sofisticación sociocultural y lingüística que exige la interpretación, sería lógico que los programas de formación se establecieran a nivel graduado (programas de master o de doctorado). Mientras tanto, es imprescindible que los proveedores de salud realicen un proceso de selección riguroso cuando contraten a intérpretes, según las características apuntadas en el cuadro 1.

La comunicación por escrito

La comunicación por escrito en lenguas de poblaciones minoritarias es igual de importante dentro del contexto del cuidado sanitario. Las instituciones sanitarias constituyen una «cultura escrita» en la que los materiales impresos se utilizan para divulgar información sobre la salud a los pacientes

Cuadro 1. Características del intérprete profesional

-
1. Dominio de dos o más idiomas
 - comunicación oral
 - lectura
 - escritura
 2. Pericia en terminología médica
 3. Amplia experiencia en los siguientes elementos de las comunidades
 - conocimientos socioculturales
 - expectativas culturales
 - realidades y cosmovisión
 4. Competencia interaccional
 - dominio de los contextualization cues de los dos idiomas
 - capacidad para transmitir intenciones verdaderas
 5. Comportamiento profesional
 - cumple con el código de ética de los intérpretes
 - sabe mantener su papel de intérprete en situaciones profesionales
 - proporciona talleres para el personal del hospital
 6. Formación formal en interpretación
 - título, preferiblemente a nivel de maestría o doctorado
-

y sus comunidades¹⁵. Los pacientes tienen que poder leer y entender folletos, etiquetas y otros materiales. De hecho, debido a que los conocimientos médicos son cada vez más complejos y la incapacidad de leer y escribir a cierto nivel supone una barrera al acceso a los cuidados médicos cada vez más importante¹⁶. Muchas investigaciones demuestran que los pacientes hispanohablantes en Estados Unidos tienen un bajo nivel de lectura y escritura en inglés^{16,17}. Sin embargo, los estudios en este campo son muy limitados porque la mayoría de las pruebas de comprensión de lectura se hacen en inglés (la L2 de los hispanohablantes) o por medio de traducciones del inglés al español. El uso de textos traducidos presume que las características o rasgos distintivos de los textos escritos son universales en todos los idiomas y que se puede utilizar el mismo tipo de prueba para determinar los niveles de comprensión de lectura en todos ellos. Esto es totalmente falso. Pero incluso con sus limitaciones, estos estudios son útiles porque nos hacen reconocer que la literatura que preparamos para ciertas comunidades no sirve para nada si no consideramos el papel de la escritura y la lectura en sus vidas tanto como su nivel de alfabetización.

Niveles de alfabetización

Como se ha mencionado, la formación educativa y los niveles de escritura y lectura afectan el acceso a los materiales escritos sobre salud. Las personas con bajos niveles de alfabetización en inglés no pueden por lo general leer mensajes sobre prevención de enfermedades o promoción de salud en folletos, revistas, periódicos o carteles. Además, son menos propensas a participar en las pruebas exploratorias, acudir a las citas médicas y complementarias y tomar los medicamentos que se les han prescrito¹⁵⁻¹⁸. En los últimos años algunos investigadores han prestado más atención a este grave problema, llegando a la conclusión mencionada: es necesario buscar formas de preparar literatura adecuada para personas con problemas para leer y escribir. Doak y colaboradores¹⁵ proponen las siguientes recomendaciones útiles para el desarrollo de folletos y otros materia-

les para dichas personas: 1) evaluar la capacidad de lectura y escritura; 2) evaluar las necesidades educativas y las creencias culturales de la audiencia; 3) limitar los objetivos educativos de los materiales; 4) enfocar el contenido en el comportamiento deseado y no en la información periférica.

Estos investigadores también proporcionan formas prácticas de formatear el texto y de simplificar la gramática y el vocabulario para que la verdadera intención del mensaje se propague más fácilmente. Es importante indicar, sin embargo, que aunque sus recomendaciones representan por lo menos el comienzo de un diálogo sobre problemas que provienen del analfabetismo, los análisis de textos que usan son poco sofisticados y se refieren solamente al inglés. Las investigaciones en el campo de la lingüística denominado *contrastive rhetoric* (retórica comparada) indican que no se pueden transferir las recomendaciones de Doak¹⁹⁻²⁰ directamente a otras lenguas; es decir, que es necesario realizar más investigaciones para determinar los niveles de lectura y escritura de las poblaciones latinas usando métodos evaluativos desarrollados en español; además, hay que considerar también los rasgos distintivos y particulares del español que hay que destacar, así como el formato que hay que utilizar en los textos en español. Los rasgos distintivos como la selección del léxico, la macroorganización y los temas culturales a utilizar serán distintos de los que aparecen en los textos en inglés, pero necesarios para informar y facilitar cambios de comportamiento en las comunidades hispanohablantes.

Cabe mencionar también algo muy importante en relación con los niveles de escritura y lectura: para algunas poblaciones los materiales escritos no son fuentes viables de información. Otros tipos de materiales no escritos pueden ser más eficaces en algunas comunidades hispanohablantes o es posible que haya que usar otros métodos, como los programas que utilizan a promotores de la salud.

Traducciones

Muchos de los materiales impresos disponibles en español son traducciones de materiales elaborados en inglés. Desafortunadamente, la mayoría de las traducciones en los campos de salud y medicina no los hacen traductores profesionales, por lo que no son apropiadas ni adecuadas. Esto es así en parte porque las personas involucradas en su preparación desconocen lo que supone la interpretación fiel del significado de un texto en otra lengua. La traducción, igual que la interpretación, es un proceso complejo que exige conocimientos y experiencia especializados.

Características del traductor profesional

Las características del traductor profesional son parecidas a las del intérprete profesional: necesita tener un gran dominio en dos lenguas o más y una amplia experiencia con respeto a conocimientos socioculturales, expectativas y realidades de las culturas vinculadas a esas lenguas. Además, su conocimiento lingüístico debería ir más allá de la gramática y el vocabulario para incluir las situaciones, enunciados, papeles y géneros que caracterizan a las comunidades con las que trabaja²¹⁻²². Es esencial considerar esas diferencias translingüísticas y transculturales para poder preparar traducciones adecuadas y apropiadas para cada comunidad específica. Es aconsejable realizar un riguroso proceso de selección de traductores basándose en las características resumidas en el cuadro 2. Se debería dar preferencia a los traductores con formación académica (a nivel de master o doctorado).

Desarrollo de materiales en español

Incluso cuando se traducen materiales de salud con la intervención de traductores profesionales pueden surgir problemas. Las traducciones que son totalmente 'fieles' al idioma original no siempre tienen el efecto deseado en la población a la que se dirigen. En un análisis de textos traducidos y no traducidos que realicé con

folletos de promoción de salud (sobre la prevención del sida), descubrí que los textos elaborados primero en inglés y traducidos al español por traductores profesionales no tenían los rasgos retóricos y léxicos necesarios para ser útiles a hispanohablantes alfabetizados²³. Además, los textos traducidos carecían de un contenido cultural adecuado. Este análisis parece demostrar que los materiales más útiles serían los que se desarrollan originalmente en español por profesionales de salud hispanohablantes que son competentes cultural y lingüísticamente, aunque es necesario realizar más investigaciones sobre el tema. El modelo ideal que consiste en utilizar proveedores de salud bilingües y biculturales para dar servicios lingüísticos presentado por Paulson, mencionado en la sección anterior, es aplicable también a la comunicación escrita. Las traducciones pueden ser la única alternativa viable en algunos casos, pero es siempre preferible que los materiales sean elaborados originalmente en español por especialistas de salud hispanos.

Cuadro 2. Características del traductor profesional

1. Dominio de dos o más idiomas
 - comunicación oral
 - lectura
 - escritura
2. Pericia en terminología médica
3. Amplia experiencia en los siguientes elementos de las comunidades
 - conocimientos socioculturales
 - expectativas culturales
 - realidades y cosmovisión
4. Competencia en la lingüística textual
 - conocimientos de rasgos distintivos y géneros existentes en dos o más comunidades
 - colabora con proveedores bilingües/biculturales para elaborar textos adecuados
5. Comportamiento profesional
 - cumple con el código de ética de los traductores
 - sabe mantener su papel de intérprete en situaciones profesionales
 - proporciona talleres para el personal del hospital
6. Formación formal en interpretación
 - título, preferiblemente a nivel de maestría o doctorado

Responsabilidades legales de los proveedores de salud

¿Cuáles son las responsabilidades de los hospitales y otros proveedores de salud con respecto al servicio y acceso a información por los clientes de lenguas minoritarias en Estados Unidos? Según las leyes federales y estatales vigentes, los proveedores tienen la responsabilidad de proporcionar acceso a información lingüística y culturalmente adecuada sin que conlleve costos para el cliente. El título VI del Acta de Derechos Civiles protege a los pacientes que acceden al cuidado sanitario proporcionado por los programas que reciben subsidios del gobierno federal. El Departamento de Salud de Estados Unidos reconoce que el título VI protege el derecho del cliente a acceder a cuidados sanitarios con servicios lingüísticos apropiados, y la Oficina de Derechos Civiles sostiene que esos servicios incluyen la interpretación y la provisión de materiales traducidos^{1,10}.

Además, estatutos estatales y normas consuetudinarias que influyen en los casos de mala práctica y negligencia en el ámbito profesional también apoyan la obligación de proporcionar acceso lingüístico a los clientes. Los proveedores de salud que violan estas leyes y normas al no proporcionar servicios adecuados a sus clientes, sea con proveedores de salud bilingües/biculturales o con intérpretes y traductores profesionales, pueden incurrir en responsabilidad por daños y ser acusados de negligencia^{1,10}. Por ejemplo, si un paciente firma una declaración de consentimiento informado (*informed consent*) y acepta someterse a algún tratamiento sin entenderlo, el proveedor de salud puede ser considerado culpable si surge algún problema o si el paciente está confundido en cuanto al tratamiento o procedimiento. Esto es así incluso en los casos en que se utilizan intérpretes o documentos traducidos si los intérpretes no tienen experiencia ni formación profesional o si las traducciones no son adecuadas. Hay que mencionar que a pesar de las leyes vigentes, existen algunos obstáculos a la hora de hacerlas cumplir, ya que muchas veces no se cuenta con los fondos econó-

micos necesarios y en la mayoría de los estados los proveedores de salud que reciben fondos del gobierno no pueden cobrar directa y específicamente por los servicios de interpretación y traducción, sino que estos servicios se tienen que incluir en la categoría de gastos generales¹.

Conclusión

Aunque es cierto que los proveedores de salud están obligados legalmente a facilitar servicios lingüísticos para que sus clientes puedan acceder al cuidado sanitario, es aun más importante que reconozcan su responsabilidad. De esta forma podrán no sólo protegerse ellos mismos y sus instituciones, sino que al mismo tiempo proporcionarán servicios adecuados y útiles a sus clientes. Las barreras lingüísticas, los malentendidos y las falsas interpretaciones tienen como consecuencia un aumento en los costes de tratamiento médico: si el proveedor no entiende los síntomas de un paciente, si el paciente no entiende las etiquetas y otras instrucciones para cuidarse o si, en el caso de la educación sobre salud, una persona no tiene acceso a información para prevenir enfermedades, el gasto sanitario se verá afectado negativamente. Los médicos y otros proveedores de salud deberían abogar por el reclutamiento de plantillas bilingües/biculturales, el uso de intérpretes y traductores profesionales (seleccionados mediante un proceso riguroso), la elaboración de materiales escritos en español y la obtención de fondos para subsidiar los servicios de interpretación y traducción a tarifas profesionales.

1. Woloshin S, Bickell NA, Schwartz LM, Gany F, Gilbert Welch H. Language barriers in medicine in the United States. *JAMA* 1995; 273: 724-8.
2. Goode, EE. The cultures of illness. *U.S. News and World Report* 1993 (15 de febrero): 74-6.
3. Ruiz R. Bilingualism and bilingual education in the U.S. En: Paulston CB (dir.). *International handbook of bilingualism and bilingual education*. Nueva York: Greenwood, 1988.
4. Ruiz R. Orientations in language planning. En: McKay SL, Wong SC (dirs.). *Language diversity: problem or resource?* Cambridge: Newbury, 1988.
5. Bartolomeo CM y cols. A study of Hispanic attitudes concerning cancer and cancer prevention. *American Cancer Society*, 1985.
6. Adolescent pregnancy prevention: programs serving Hispanic communities. Washington: COSSMHO, 1993.
7. Fishman JA, Cooper R, Roxana M. Bilingualism in the barrio. *Indiana University Language Science Monographs* n.º 7. La Haya: Mouton, 1971.
8. COSSMHO. Meeting the health promotion needs of hispanic communities. *Am J Health Promotion* 1995; 9: 300-11.
9. Giachello ALM. Issues of access and use. En: Molina CW, Aguirre-Molina M (dirs.). *Latino health in the U.S.: a growing challenge*. Washington: American Public Health Association, 1994.
10. Perkins J, Simon H, Cheng F, Olson K, Vera Y. Ensuring linguistic access in health care settings: legal rights and responsibilities; Executive Summary, National Health Law Program: Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998.
11. Paulson GS, Ahart A, Schmidt R. Overcoming the language barrier: models of language services in three U.S. cities. 1995 Annual Meeting of the American Public Health Association Refugee and Immigrant Caucus.
12. Price L. Ecuadorian illness stories. En: Holland D, Quinn N (dirs.). *Cultural models in language and thought*. Cambridge: Cambridge University, 1987.
13. Gumperz J. The retrieval of sociocultural knowledge in conversation. En: Baugh & Scherzer (dirs.). *Studies in sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University, 1984.
14. Gumperz J. Sociocultural knowledge in conversational inference. En: Saviile-Troike M (dir.). *28th Annual Roundtable on Language and Linguistics*. Washington: Georgetown University, 1977.
15. Doak LG, Doak CC, Meade CD. Strategies to improve cancer education materials. *Oncol Nurs Forum* 1996; 23: 1305-12.
16. Miles S, Davis T. Patients who can't read. *JAMA* 1995; 274: 1719-20.
17. Williams MV y cols. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA* 1995; 274: 1677-82.
18. Davis TC y cols. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25: 391-5.
19. Connor U. Contrastive rhetoric: cross-cultural aspects of second-language writing. Cambridge: Cambridge University, 1996.

20. Connor U, Kaplan RB. Writing across languages: analysis of L2 text. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1987.

21. Swales JM. Genre analysis: English in academic and research settings. Cambridge: Cambridge University, 1990.

22. Toury G. Descriptive translation studies and beyond. Amsterdam: John Benjamins, 1995.

23. Jacobson H. Breaking down barriers: a contrastive analysis of health brochures in Spanish. Original inédito, 1996.

Palabra e Imagen

interbody fusion cage

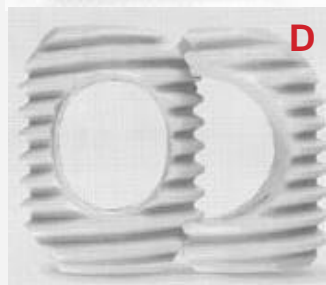
Verónica Saladrigas y Luis Pestana



<http://buffaloneuro.com/plif/degdisk.htm>



<http://www.surgicaldynamics.com/>



http://www.spineuniverse.com/1p/ejournal/ag_053100sasso_cagescrews.html



<http://www.depuyacomed.com/products/index.html>

Definición: «Currently, there are a wide number of available interbody fusion devices of varying design and material... These include:

1) Cylindrical threaded [de rosca] titanium interbody cages [caja, cajetín, cesta, celda, jaula]

(A) (BAK, Spine-Tech, Minneapolis, MN),

(B) (RTFC, Surgical Dynamics, Norwalk, CT) and

(C) (inter Fix, Sofamor Danek Group, Memphis, TN).

2) Cylindrical threaded cortical bone dowels [espiga, clavija, dovela]

(D) (MD II, MD III, MD IV) (Sofamor Danek Group, Memphis, TN).

3) Vertical interbody rings [anillos] or boxes [cajas, cajetines]

(E) (Harms titanium-mesh cage, DePuy-Acromed, Cleveland, OH),

(F) (Brantigan carbon fiber [fibra de carbono] cages, DePuy-Acromed, Cleveland, OH), and

(G) (Femoral Ring Allograft [aloinjerto] - FRA Spacer, Synthes, Paoli, PA). [...]

Interbody fusion cages are classified by their structure (geometry) and by material. Horizontal cylinders, vertical rings, and open boxes are standard designs. Cages can be made of metal (A-E), carbon fiber (F), or allograft bone (G).» [http://www.spineuniverse.com/1p/ejournal/ag_053100sasso_cagescrews.html].

Más información e imágenes en: Kanayama M et al. J. Neurosurg (Spine 2) 2000;93:259-265 [<http://www.thejns-net.org/spine/issues/v93n2/pdf/s0930259.pdf>].

Propuestas de traducción: La traducción de estos dispositivos de fusión (o artrodesis o espondilosinosis) intersomática variará según el tipo específico del que se trate.